

精神分裂症

— 病因·诊断·治疗·康复

● 主 编 蔡焯基 翁永振
● 副主编 汤宜朗

科学出版社

精神分裂症

——病因·诊断·治疗·康复

主 编 蔡焯基 翁永振

副主编 汤宜朗

科 学 出 版 社

内 容 简 介

本书讲述了精神分裂症的历史与现状、病因与发病机理、流行病学研究、临床表现、诊断与治疗等基本内容,还着重论述了精神分裂症的生物学、心理学与社会学研究。对特殊人群(如儿童与老年)精神分裂症的表现与治疗,精神分裂症的家庭与社区康复,精神分裂症的药理学基础及研究进展及精神分裂症的相关问题(如抑郁、自杀)均进行了深入介绍。同时也介绍了利培酮等新型抗精神病药。全书内容翔实,重点与热点突出,是广大精神卫生工作者与患者家属的一本颇具价值的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

精神分裂症——病因·诊断·治疗·康复/蔡焯基,翁永振主编.北京:
科学出版社,2000

ISBN 7-03-008134-X

I.精… II.①蔡…②翁… III.精神分裂症-诊疗 IV.R749.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 71279 号

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

新 华 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

2000 年 3 月 第 一 版 开本:850×1168 1/32

2000 年 3 月第一次印刷 印张:16

印数:1—6 000 字数:422 000

定价: 25.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

本书编写者

(按章节先后为序)

- 蔡焯基** 首都医科大学附属北京安定医院 院长
中国心理卫生协会理事长,精神病学教授,主任医师
- 郑毅** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任医师,
北京儿童少年心理卫生中心副主任,医学硕士
- 翁永振** 首都医科大学附属北京安定医院 原副院长
精神病学教授,主任医师
- 刘稚颖** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任心理师
- 姜长青** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任心理师
- 贺佳丽** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任医师
- 汤宜朗** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任医师,
博士生
- 王刚** 首都医科大学附属北京安定医院 主治医师,博士生
- 王传跃** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任医师,医学博士
- 马辛** 首都医科大学附属北京安定医院 副主任医师
北京老年心理卫生中心 副主任
- 黄青** 首都医科大学附属北京安定医院 主治医师
- 徐志达** 首都医科大学附属北京安定医院 主治医师,医学硕士

前 言

精神分裂症是精神疾病中患病率最高的常见病。在我国,其终生患病率为 6.55%,占各类精神障碍(13.47‰)的半数左右(不含神经症)。本病病情严重,预后不佳,患者心身健康严重受损害,因精神分裂症而造成的经济损失相当巨大。患者要反复就诊,不仅增加医疗机构的负担,而且增加医疗支出。此外,精神分裂症还会使得患者劳动能力降低,经常休病假或误工。至于精神分裂症给其家庭带来的痛苦,则更是难以用言语描述。

然而,本病因迄今未明,根治乏术,堪称“世纪顽疾”。为此,百多年来引起世界范围内的众多学者从生物学、心理学、社会学多角度进行不懈的探索。研究涉及的领域包括临床现象学、生理学、组织化学、神经内分泌学、分子遗传学、神经药理学及心理学研究。众多基础学科的最新成果被应用于对精神分裂症病因、发病机制的研究。与此同时,众多学者与临床医生从临床的角度对疾病的临床表现、诊断与分类、疾病转归、治疗与康复等进行了长期、广泛、深入的研究,取得了丰硕的成果。所有这一切,构成了我们今天认识精神分裂症的基础,也为最终战胜本病提供了科学、可靠的资料。

考虑到我国尚缺乏专门论述精神分裂症的专著,我们组织编写了本书。编写本书的主要目的就是力图广泛收集、整理和评估国内外 20 世纪 90 年代以来有关精神分裂症研究的最新资料与成果,供广大精神卫生工作者从事临床、教学及科研工作参考。

本书集诸家理论与实践之精华,可大大促进精神分裂症研究向纵深发展。书中除概述了精神分裂症历史与现状、病因与发病机理、流行病学研究、临床表现、诊断与治疗等基本内容外,还着重论述了精神分裂症的生物学(特别是神经内分泌、神经生化、免疫学方面的研究进展)、心理学与社会学研究,特殊人群(如儿童与老年)精神分裂症的表现与治疗,精神分裂症的家庭与社区康复,精神分裂症的药理学基础及研究进展,尤其论述了以利培酮(维思通)为代表的新型抗精神病药。难治性精神分裂症是近年颇受关注的问题,本书设立专章对此进行了全面的介绍。可以说,全书内容翔实,重点与热点

突出,企盼它能对广大精神卫生工作者的业务工作有所帮助,并成为一本颇有价值的参考书。

此外,在编写过程中,我们努力做到文字简练、内容简明易懂、阐述深入浅出,注意强调科学性与实用性、知识性与可读性的有机结合。因此,本书亦可作为非精神科专业的临床各科医生、医学院校师生、全科医生、社区康复与心理工作者,以及患者家属的参考书。

本书的编写历时两年,自始至终汤宜朗副主任医师热情有加,倾注了大量的精力,保证了本书的顺利出版。中外合资西安杨森制药有限公司及科学出版社的荣毓敏、陈保林先生对本书的编写与出版同时给予了大力的支持与帮助,对此,我谨代表全体编写人员向他们表示诚挚的谢意。

由于作者水平有限,本书可能存在谬误之处,敬请同道批评指正。

蔡焯基

一九九九年七月二十六日

目 录

第一章 精神分裂症的历史与现状	(1)
第一节 精神分裂症的研究简史.....	(1)
第二节 精神分裂症的基本特征.....	(7)
第三节 精神分裂症的现代分类体系	(12)
第二章 精神分裂症流行病学研究	(19)
第一节 精神分裂症流行病学研究的方法学	(20)
第二节 精神分裂症流行病学研究的现况	(28)
第三章 精神分裂症的生物学研究及其临床实用价值	(34)
第一节 下丘脑的神经肽与神经内分泌的关系	(34)
第二节 多巴胺受体与精神分裂症的关系	(37)
第三节 5-羟色胺与精神分裂症的关系	(44)
第四节 神经递质学说及神经内分泌研究成果的临床应用	(55)
第五节 对神经生化、神经内分泌研究的小结.....	(59)
第六节 精神分裂症的免疫学研究	(60)
第四章 精神分裂症的心理学研究	(72)
第一节 精神分裂症的精神分析理论	(72)
第二节 精神分裂症的认知功能研究	(79)
第三节 精神分裂症的行为和认知理论	(87)
第五章 精神分裂症的社会学研究	(94)
第一节 社会阶层与精神分裂症	(94)
第二节 都市化与精神分裂症	(95)
第三节 精神分裂症患者及其家属的生活质量	(96)
第四节 社会支持与精神分裂症.....	(100)

第五节	生活事件与精神分裂症·····	(102)
第六节	婚姻、家庭功能与精神分裂症·····	(105)
第七节	情绪表达与精神分裂症·····	(109)
第六章	精神分裂症的临床表现·····	(113)
第一节	精神分裂症的常见症状·····	(113)
第二节	精神分裂症的阳性和阴性症状·····	(126)
第七章	精神分裂症的诊断与评估·····	(142)
第一节	精神分裂症的诊断与鉴别诊断·····	(142)
第二节	精神分裂症的量表评定·····	(155)
第八章	精神分裂症的预后与转归·····	(165)
第一节	精神分裂症预后与转归的概念与研究现状·····	(165)
第二节	精神分裂症的病程演变·····	(166)
第三节	精神分裂症的转归·····	(168)
第四节	精神分裂症的预后研究及相关因素·····	(170)
第五节	精神分裂症与其他功能性精神病的预后比较·····	(175)
第六节	结论·····	(176)
第九章	精神分裂症的治疗学总论·····	(178)
第一节	精神分裂症治疗学简史·····	(178)
第二节	精神分裂症现有的治疗模式和方法·····	(186)
第三节	精神分裂症治疗的依从性问题·····	(191)
第四节	精神分裂症治疗环境的选择·····	(197)
第五节	精神分裂症诊断治疗的一般原则·····	(198)
第六节	精神分裂症药物治疗的阶段及内容·····	(210)
第十章	精神分裂症的药物治疗·····	(214)
第一节	抗精神病药物治疗的一般问题·····	(214)
第二节	抗精神病药物的药理学基础·····	(228)
第三节	多巴胺受体拮抗剂·····	(233)

第四节	5-羟色胺/多巴胺平衡拮抗剂——利培酮	··· (239)
第五节	氯氮平	····· (257)
第六节	其他新型抗精神病药	····· (274)
第七节	长效抗精神病药	····· (282)
第八节	抗精神病药急性中毒的处理	····· (286)
第九节	联合用药及药物相互作用问题	····· (289)
第十节	抗精神病药的副作用	····· (293)
第十一节	抗精神病药物所致的迟发性运动障碍	····· (300)
第十一章	精神分裂症的电抽搐治疗(ECT)	····· (305)
第一节	概述	····· (305)
第二节	电抽搐治疗的作用机制	····· (306)
第三节	电抽搐治疗的技术	····· (309)
第四节	电抽搐治疗的预后估计	····· (314)
第十二章	精神分裂症的心理治疗	····· (316)
第一节	精神分裂症的个别心理治疗	····· (316)
第二节	精神分裂症的集体心理治疗	····· (321)
第三节	住院精神分裂症患者的代币制治疗	····· (327)
第四节	精神分裂症的家庭干预和治疗	····· (332)
第十三章	精神分裂症的其他治疗方法	····· (351)
第一节	精神分裂症的精神外科治疗	····· (351)
第二节	精神分裂症的人工冬眠疗法	····· (358)
第十四章	难治性精神分裂症的评估与治疗	····· (364)
第一节	难治性精神分裂症的概念与研究现状	····· (364)
第二节	难治性精神分裂症的药物治疗进展	····· (370)
第三节	难治性精神分裂症的非药物疗法	····· (381)
第四节	归纳与小结	····· (382)
第十五章	精神分裂症的康复与社区治疗	····· (385)
第一节	精神康复的概念及基本原理	····· (385)
第二节	精神康复的评估	····· (392)

第三节	精神康复的干预措施·····	(401)
第四节	社会技能训练·····	(410)
第五节	工作康复和娱乐消遣·····	(418)
第六节	社区安置和康复疗效·····	(424)
第十六章	特殊人群的精神分裂症及其他相关问题·····	(432)
第一节	老年期精神分裂症·····	(432)
第二节	儿童精神分裂症·····	(443)
第三节	分裂情感性精神病·····	(452)
第四节	药物滥用与精神分裂症·····	(459)
第五节	精神分裂症患者的抑郁问题·····	(469)
第六节	精神分裂症与自杀问题·····	(481)
主要参考文献 ·····		(489)

第一章 精神分裂症的历史与现状

精神分裂症是一组病因未明的常见精神疾病，多起病于青壮年，常有感知、思维、情感、行为等方面的障碍和精神活动的不协调，病程迁延，常可发展为精神活动衰退等特征。本病患病率高，1993年我国7个地区流行病学调查结果显示，终生患病率为6.55‰，占各类精神障碍（不含神经症）终生患病率（13.47‰）的半数左右，是精神疾病中患病率最高的一种。本病严重损害患者的心身健康，给患者家庭、社会带来沉重的负担，消耗大量的社会资源。因此，百多年来，引致世界范围内的众多学者从生物学、心理学、社会学多角度对本病的病因、发病机理、临床表现、疾病的转归、诊断、治疗和康复等方面进行了长期、广泛、深入的研究，取得了丰硕的成果，为最终战胜本病提供了大量科学、可靠的资料。本章将对精神分裂症的基本概念、研究简史、临床特征及其现代分类体系分别加以阐述。

第一节 精神分裂症的研究简史

历史上对精神分裂症的研究大多从疾病的临床现象开始，包括临床表现在内的精神分裂症种种临床问题的重要性，一直引起众多精神病学家的极大关注。Benedict A. Morel (1809~1873)，Magnan (1835~1916)，Karl Ludwing Kahlbaum (1828~1899)，Ewold Hecker (1843~1909)，Emil Kraepelin (1856~1926)，Eugen Bleuler (1857~1939) 等西方精神病学家均对精神分裂症的研究作出过重大的贡献。可以说，他们对精神分裂症所持的学术观点和研究成果，反映了精神分裂症研究的历史进程。其中，两

位最关键的学者是 Emil Kraepelin 和 Eugen Bleuler。

E. Kraepelin 从临床现象学的角度认为, Benedict A. Morel 所描述的“早发性痴呆 (demense precoce)”, Magnan 所述的“慢性系统性妄想症”, K. Kahlbaum 所述的“紧张症 (catatonia)”和 Euold Hecker 所述的“青春痴呆 (hebephrenic)”, 实际上是具有不同症状的同一疾病, 主张将其合并为“早发性痴呆”之内, 正式命名为“早发性痴呆 (dementia precox)”。他强调此病早期发作, 起病于青少年, 最终以精神衰退, 即“痴呆”为结局, 并进一步提出, 早发性痴呆与躁狂抑郁性精神病和妄想狂 (paranoia) 的区别在于前者有慢性衰退的慢性病程, 没有所谓精神状态 (功能) 正常的缓解期, 而躁郁症没有慢性衰退的病程, 存在精神功能正常的缓解期, 妄想狂以持续存在迫害妄想为主要特征, 没有慢性衰退病程为特征。

Eugen Bleuler 对 E. Kraepelin 早发性痴呆的概念提出异议, 认为本病不一定起病于青春期, 不都以痴呆为结局, 即使 E. Kraepelin 也承认有 4% 的早发痴呆患者可完全缓解, 13% 的患者可明显缓解。此外, 本病患者在临床症状方面多以思维、情感和行为彼此间分离为特征, 因此, 创造了精神分裂症 “schizophrenia” 一词来代替早发性痴呆。从此, 由 E. Bleuler 所命名的精神分裂症的概念一直沿用至今。

对照两位学者关于精神分裂症的概念可以看出, 他们均强调思维、情感和意志行为方面的障碍是本病的基本症状。E. Kraepelin 关于精神分裂症的概念较严格, 诊断的范围较狭小, 因为要求必须符合早年发病、慢性病程和以痴呆为结局的条件。而 E. Bleuler 的诊断概念较宽广, 也就是说, 精神分裂症可发病于青少年以后的年龄段, 且部分病人不一定衰退。两位学者关于精神分裂症的概念差异在历史上曾导致对精神分裂症诊断范围大小存在明显差异的问题, 倾向于 E. Bleuler 概念的国家, 如美国在美国精神病学会的《精神障碍诊断与统计手册》第三版 (简称

DSM-III) 出版之前, 精神分裂症的患病率大约是沿用 E. Kraepelin 概念的欧洲国家的 2 倍以上。反之, 沿用 E. Kraepelin 概念, 也会引起对某些非典型的精神分裂症病例的漏诊, 甚至导致躁郁症诊断的扩大化。尽管如此, E. Kraepelin 和 E. Bleuler 在对精神分裂症研究的发展史中所作出的贡献是巨大的。他们的精神分裂症学术观点, 一直作为后人研究精神分裂症的理论基础。DSM-III 出版后, 美国更倾向于沿用 E. Kraepelin 的概念。E. Bleuler 的精神分裂症的命名已在国际上广泛采用, 尤其是 Bleuler 关于精神分裂症的 4A 症状, 即联想障碍、情感淡漠、孤独症和矛盾观念, 附加症状如幻觉、妄想的理论已被广泛接受。近年来国内出现了关于更改精神分裂症命名的争论, 从积极意义方面理解, 这反映出对精神分裂症研究的新发展潮流, 但作者认为, 精神分裂症这名称更改与否, 还需进行更广泛、更深入的研究, 待取得更多、更有力的客观依据后才能定夺, 就目前情况而言, 轻率对此命名加以改动是不明智的。

对精神分裂症的研究作出过重大贡献的学者还有 Kurt Schneider, Gabriel Langfeldt, Mayer Gross 等等。他们关于精神分裂的许多学术观点曾在世界精神病学界产生过广泛的影响。

Kurt Schneider 发现, 在不同国家、地区乃至不同学者间, 精神分裂症的诊断标准存在很大差异。为了澄清混乱, 他从现象学派的观点出发, 强调对精神分裂症状作深入细致的描述, 特别强调精神症状在诊断中的价值。据此, 他提出了精神分裂症的“一级症状 (first rank symptoms)”的理论, 认为思维化声、争论性幻听、评论行为的幻听和躯体被动体验、思维被夺、思维被插入感、思维扩大或被广播、“被强加”的情感、“被强加”的冲动、“被强加”的动机和行为以及妄想知觉等 11 项症状是精神分裂症多见而特殊的症状, 如具有此 11 项中任何一项精神症状而无器质性疾患, 即可诊断为精神分裂症, 并提出一级症状多见于精神分裂症的急性期, 与分型无明显关系, 具有此类症状预示性

效、预后差。但 Schneider 认为，一级症状理论的应用不应僵化，不能认为缺少一级症状时就不能诊断精神分裂症。Gabriel Langfeldt 将传统的精神分裂症的 4 个亚型，即单纯型、青春型、紧张型、偏执型和不能分型的所谓未分化型总合起来分为两大类：一类称为精神分裂样精神病（schizophrenic form psychosis），简称 SFP；另一类叫真正的精神分裂症，简称为 SP。Langfeldt 认为，真正的精神分裂症包括以下名称：真性精神分裂症、核心性精神分裂症、过程性精神分裂症、早发性痴呆，此类型为内因性，预后差。精神分裂样精神病包括假性精神分裂症，分裂样精神病或叫反应性精神分裂症。此类发病有诱因，人格适应好，预后好。Langfeldt 认为，具有诊断价值的精神分裂症症状是情感迟钝、缺乏始动性、与以往大相径庭为特征的人格改变，显著的紧张症症状、被动体验、原发性妄想以及非器质性脑病或中毒的慢性幻觉。

Mayer Gross 认为，精神分裂症是一组精神疾患，其特征是具有特征性的精神症状并导致大多数病人的人格破裂。这些症状涉及到病人的思维、情绪、意志和行为。人格的破裂往往造成慢性残疾。他认为，具有诊断价值的精神症状包括思维障碍、原发妄想，被动体验、情感淡漠、紧张性行为、幻觉、接触不良、无自知力以及分裂现象。

纵观以上学者精神分裂症的研究内容，不难看出，由于历史条件和科学水平的限制，早期精神分裂症的研究基本上集中在临床现象学的研究上，并试图通过寻找所谓的特征性症状作为精神分裂症的诊断依据。20 世纪下半叶以来，尤其是第二次世界大战后，精神分裂症的研究取得了长足的进步，随着众多基础学科如细胞与亚细胞生理学、组织化学、神经内分泌学、分子遗传学、神经生化学、精神药理学、心理学及脑科学的不断发展，以及诸如同位素示踪法、放射免疫技术、荧光化学技术、各种微量元素的测定技术、影像技术、CT、MRI 及微观技术等新技术的

开发与应用，精神分裂症的研究不断取得新的成果。

40 多年来，我国精神分裂症的研究，在临床上接近先进国家的水平，其中尤以临床诊断（包括精神病理学）、治疗学和康复方面积累的研究成果较多。基础研究亦做了大量工作，取得一些可喜的进展。

自 60 年代以来，我国对精神分裂症的基础研究多集中在神经化学（包括酶活性、微量元素、内分泌、神经递质等方面的探索）、遗传学（包括家谱调查、双生子研究、寄生子研究）、免疫学（包括体液免疫、细胞免疫、补体系统、自体免疫和免疫复合物等的综合研究）、神经生理学（包括诱发电位、多导睡眠图、自发脑电计算机分析）、药代动力学、血药浓度检测等方面，并积累了十分丰富的、有价值的资料，为临床诊断与治疗水平的提高发挥了重要的作用。

在精神分裂症的临床诊断研究方面，我国学者从重视识别和确定精神症状在精神分裂症诊断中的价值的基础上，逐步形成了对本症的诊断采取综合分析的科学态度。在引用国际上有广泛影响的国际疾病分类（International classification of Diseases，简称 ICD）和 DSM 两大诊断系统对本症诊断标准的同时，结合我国国情创立了“中国精神疾病分类方案与诊断标准”，即 CCMD 系统，目前发展到 CCMD-2-R。新制定的 CCMD-3 正在进行大规模的临床现场测试。在这些系统中，对精神分裂症的诊断，强调临床相纵向观察的重要意义，如 CCMD-2 对本症诊断标准中，除坚持联想障碍、妄想、情感障碍、幻觉、行为障碍、被动体验、内心被揭露感体验，思维插入等 8 项有诊断意义的症状标准外，认为精神分裂症的诊断还应包括严重程度标准、病程标准和排除标准。强调“横断面症状必须与总的情况结合才能加以估计”的要求。

在诊断标准的建立和取得进展的同时，还引进了多种用于精神分裂症的、国际上较先进的、信度和效度较好的量表，如“简

明精神评定量表”(BPRS)、“慢性精神病人标准化的精神病评定量表”、“临床总体印象量表”(CGI)、“阳性和阴性症状评定量表”(PANSS)、“评定治疗副反应量表”(TESS)以及“精神状态检查”(PSE)、“情感障碍和精神分裂症检查提纲”(SADS)和“诊断晤谈检查提纲”(DIS)等3种应用于临床研究和流行病学调查的定式检查。

随着生物学、影像学和神经生化等基础学科的发展,相应的检测手段,如揭示个体易于发生精神分裂症的躯体缺陷的生物学指标研究,即MAO活性降低,精神分裂症患者平稳眼运动(SPEM)功能异常,CT所揭示的早期精神分裂症患者脑室扩大,脑萎缩以及MRI、脑电图、脑地形图、诱发电位、脑血流等研究,在国内均应用于精神分裂症。

在精神分裂症的康复研究方面,基本上遵循伍正谊教授(1993)所提出的原则,即“帮助病人消除疾病痛苦,保证身心健康,重建社会意识,回归社会群体,培养独立自主的生活能力,享受一般正常人应有的权力、幸福与尊严”,从而在社区康复、医院内康复和家庭康复3个方面取得了令人瞩目的进展。

关于精神分裂症治疗的研究,近几十年来随着国际同学科研究的进展亦有长足的进步,特别是近几年来已快速接近国际发展的前沿,集中表现在抗精神病药物的引进和应用方面的迅速进展。以往的30~40年,我国精神病学者在应用胰岛素休克、电休克、传统抗精神药物、睡眠疗法、中医中药以及针灸疗法治疗精神分裂症方面已积累了丰富的经验,取得了肯定的成果。但传统的治疗方法,特别是传统的抗精神病药物,疗效尚不满意,副作用明显,致使广大精神卫生工作者在抗精神病药物方面致力于积极引进更安全有效、副作用少、使用方便的新型抗精神病药物。在80年代初期氟哌啶醇、舒必利、氯氮平这些更有效、副反应相对较轻的抗精神病药物引进的基础上,进入90年代,以利培酮(risperidone,维思通)为代表的新型抗精神病药物以及奥氮平

(olanzapine)、齐哌西酮 (ziprasidone)、丁二酸洛沙平 (loxapan) 等亦在北京、广州等地区进行临床试验, 目前利培酮已上市两年余, 在全国已积累了近二千多例的临床资料, 证实此药是安全有效的一代新药。此类新型抗精神病药物疗效肯定, 对精神分裂症阳性及阴性症状均有效, 应用时对锥体外系, 以及对认知功能的影响等不良反应较传统抗精神病药物明显减轻, 且使用方法简便, 因而大大提高患者对治疗的依从性, 迅速被广大精神科医生和患者所接受。这标志着我国在精神分裂症治疗方面迈向一个新的里程碑, 与国际水平迅速接近。

第二节 精神分裂症的基本特征

长期以来, 精神病专业人员对精神分裂症各类症状群的描述不断地进行整理和提炼, 为之付出许多努力, 目的之一是对早期有关精神分裂症基本特征的传统描述加以改善。比如, Berze (1914) 曾吸取了 Griesinger 假设精神动力低下是精神分裂症症状的基本因子的观点, 用原发性精神活动不足一词进行描述, 认为这种阴性因子的描述较 Bleuler 的理论所述的继发性阳性现象可靠。某种功能的丧失即所谓阴性症状的加剧能导致功能紊乱, 即所谓阳性症状的加剧。Gruble (1929) 认为, 对精神分裂症临床表现进行解释有困难, 认为某些精神分裂症患者的体验和行为表现难以归入所谓阴性和阳性这两种分类中, 尽管他曾在具有原发性阴性和原发性阳性特征的两组症状中进行过区分, 并对每一种症状都作了特别的描述。

与阴性和阳性异常症状的理论相关的种种问题, 至少从 Griesinger 年代起就存在激烈的争论。1961 年, Wing 从情感平淡、语量或思维内容贫乏、言语不连贯和持续存在的妄想和幻觉 4 个方面, 对长病程精神分裂症患者的症状进行检查后认为, 情感平淡和语言贫乏与精神分裂症关系最大, 言语不连贯次之, 与